

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1918-1919. — N° 50

ÉTUDE ANATOMIQUE ET CLINIQUE
DU BASSIN
A LUXATION COXO-FÉMORALE CONGÉNITALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juin 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Hippolyte CHARBON

Né, le 19 février 1888, à Lyon (Rhône),

Ex-externe des Hôpitaux de Lyon.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4 RUE GENTIL, 4

—
Juin 1919

ÉTUDE ANATOMIQUE ET CLINIQUE

DU BASSIN

A LUXATION COXO-FÉMORALE CONGÉNITALE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
LÉPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
Cliniques chirurgicales	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique des maladies nerveuses et mentales	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	WEILL
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	TESTUT
Anatomie générale et Histologie	X...
Physiologie	DOYON
Pathologie interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	X...
Anatomie pathologique	PAVIOT
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée	X...
Médecine légale	ETIENNE MARTIN
Hygiène	COURMONT (P.)
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinales	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSEAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X....	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
COMMANDEUR	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
LAROYENNE	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
VORON	CADE	SAVY	BONNAMOUR, chargé
NOGIER	MOURIQUAND	FROMENT	des fonctions.
LATARJET			SARVONAT id.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. J. FABRE, *Président*; POLLOSSON (A.), *Assesseur*;
MM. CONDAMIN, et VORON, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1918-1919. — N° 50

ÉTUDE ANATOMIQUE ET CLINIQUE
DU BASSIN
A LUXATION COXO-FÉMORALE CONGÉNITALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juin 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



PAR

Hippolyte CHARBON

Né, le 19 février 1888, à Lyon (Rhône),

Ex-externe des Hôpitaux de Lyon.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4 RUE GENTIL, 4

—
Juin 1919



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. FABRE

Professeur de Clinique obstétricale,
Membre correspondant de l'Institut.

Auquel nous devons le sujet de ce travail. Nous avons toujours trouvé près de lui un accueil charmant et il ne nous a jamais ménagé ni ses conseils ni son temps.

Il nous fait aujourd'hui le très grand honneur de présider notre thèse.

Qu'il veuille bien être assuré de notre vive et respectueuse reconnaissance.

A MES JUGES

*A tous ceux qui m'ont porté quelque intérêt
au cours de mes études médicales.*

PRÉFACE

Les événements tragiques qui viennent de bouleverser notre pays pendant cinq longues années nous ont brusquement arrachés à nos études, avec la plupart de nos camarades, au moment même où nous nous préparions à recueillir le fruit des enseignements puisés auprès de nos maîtres.

Que de fois dans le dur labeur de la vie aux tranchées, au milieu de nos angoisses morales, notre pensée s'est reportée vers eux et avons-nous évoqué les journées paisibles où en écoutant leurs leçons, nous n'avions que la vision riante de l'avenir et non pas le spectacle des plus effroyables réalités.

Nous nous demandions si nous verrions encore revenir ces chères heures : la victoire les a ramenées pour tous ceux que le destin aveugle n'a pas frappés. Il nous semblait néanmoins que nous n'étions pas complètement sortis du cauchemar affreux que nous venions de vivre et ce fut, après celui des nôtres, l'accueil empressé de nos camarades et de nos maîtres qui nous en donna la confirmation. Nous avons senti combien leurs élèves étaient restés pour eux les membres d'une même famille et c'est sous l'impression de ce sentiment que nous prions respec-

lucusement notre Maître, M. le professeur FABRE d'accepter l'hommage de cette thèse, où nous avons, dans une bien faible mesure, tâché de mettre au service d'une étude toute spéciale les enseignements que nous avons reçus.

Nous tenons à remercier nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux et spécialement ceux dont nous avons eu l'honneur d'être les élèves.

Nous voulons remercier aussi très vivement M. le D^r RHINTER, chef de Clinique des accouchements à la Charité, qui nous a aidé dans ce travail en une collaboration amicale et éclairée, nous lui adressons ici l'expression de notre vive gratitude.

ÉTUDE ANATOMIQUE ET CLINIQUE

DU BASSIN

A LUXATION COXO-FÉMORALE CONGÉNITALE

INTRODUCTION

La notion est actuellement bien établie en obstétrique de la bénignité du pronostic qui doit être porté en face des bassins à luxation coxo-fémorale congénitale, et, depuis Lenoir qui insiste le premier, semble-t-il, sur le faible retentissement pelvien d'une claudication même accusée, les auteurs sur ce point paraissent parfaitement d'accord.

Le temps nous a manqué pour reprendre la bibliographie complète de cette question et nous nous bornerons, après avoir signalé la thèse de Guégniot (1869), à renvoyer à l'important travail de Jean Delmas (*obstétrique* août 1911), qui pour le bassin à luxation double, a fait la mise au point la plus récente et la plus complète.

Aussi bien notre but est-il essentiellement d'apporter à l'étude tant anatomique que clinique des bassins à luxa-

tion congénitale double et simple les documents recueillis dans le seul service de la Clinique obstétricale de Lyon. Ces documents consistent :

1° Dans des pièces squelettiques appartenant à l'importante collection de bassins du Musée de la Clinique ;

2° Dans les radiogrammes recueillis depuis 1905, grâce à la méthode de radiographie métrique des bassins de M. le professeur Fabre ;

3° Dans les observations cliniques conservées depuis la même époque dans les archives de la clinique.

Il nous a paru intéressant en utilisant ainsi ces documents de même origine, de voir quelles sont les conclusions auxquelles nous conduit leur étude systématique, et nous sommes particulièrement reconnaissant à M. le professeur Fabre de nous avoir inspiré ce travail, en nous confiant les éléments qui pourront nous permettre d'apporter une contribution si modeste soit-elle à l'étude encore un peu imprécise du bassin dans la luxation congénitale.

Notre travail comprendra donc trois parties essentielles :

1° L'ÉTUDE DES SQUELETTES DES BASSINS DU MUSÉE DE LA CLINIQUE ;

2° L'ÉTUDE DES RADIOGRAMMES ;

3° L'ÉTUDE DES OBSERVATIONS CLINIQUES.

Nous ferons suivre chacune de ces parties des remarques générales qui nous apparaîtront susceptibles d'en être tirées et dont l'ensemble nous permettra d'établir les conclusions de notre travail.

PREMIÈRE PARTIE

Étude des bassins secs à luxation congénitale double et simple appartenant au Musée de la Clinique obstétricale de Lyon.

Le Musée de la Clinique obstétricale possède six bassins à luxation coxo-fémorale double et trois à luxation simple, tous les trois du côté droit. Après avoir donné la description sommaire des caractéristiques de chacun de ces neuf bassins, nous chercherons, en faisant l'étude en quelque sorte analytique de chacune de leurs dimensions, à voir quelles conclusions nous pouvons tirer concernant les variations des différents diamètres du bassin ilio-fémoral double ou simple.

CHAPITRE PREMIER

BASSINS A LUXATION BI-LATÉRALE

I. DESCRIPTION ANATOMIQUE DES BASSINS

Dans cette description, les bassins étant séparés de la colonne vertébrale, nous n'avons pu apprécier ce caractère important, présenté par les bassins à luxation congénitale et qui consiste en son antéverson. Nous nous efforcerons d'apprécier pour chacune des pièces les caractéristiques concernant : l'aspect général du bassin, l'atrophie de son squelette, les dimensions du grand bassin, la forme du sacrum, la forme du détroit supérieur et ses dimensions, l'aspect et les dimensions de l'arcade pubienne et du petit bassin. Les bassins à luxation coxo-fémorale bilatérale du Musée de la Clinique obstétricale répondent aux numéros 21, 22, 61, 95, 140, 159 de la collection générale des bassins.

Leurs caractéristiques sont les suivantes :

Bassin n° 21. — Il présente l'aspect général d'un bassin très large conservant sa forme. Les cavités articulaires

néo-formées sont symétriques à la partie moyenne et inférieure de la fosse iliaque externe.

Les os sont minces. Ce peu d'épaisseur est particulièrement remarquable au niveau des ailes iliaques. Le grand bassin ne paraît pas considérablement diminué de largeur : Le biépineux mesurant 22, bicrête 25 (mensuration prise sur le squelette sans interposition de tissus.) Les ailes iliaques sont un peu redressées dans l'ensemble et une saillie symétrique répond de chaque côté à la néo-cavité articulaire.

L'incurvation du sacrum est plus accusée que normalement, cette différence pouvant être considérée comme d'importance moyenne. Le promontoire est à une hauteur normale au-dessus du plan de la ligne innominée.

Le détroit supérieur est dans son ensemble spacieux avec une asymétrie légère. Il répond d'ailleurs aux dimensions suivantes :

Promonto pubien.	11,1
Transverse médian	13,3
Oblique gauche.	13,8
Oblique droit	12,9

L'arcade pubienne est très évasée, les ischions sont minces et étirés en dehors et un peu en avant. La hauteur de cette arcade au-dessus du plan biischiatique est de 4 cm. 5, le diamètre biischiatique mesurant 13 centimètres.

Le détroit inférieur élargi transversalement paraît diminué dans le sens antéro-postérieur avec un sous-sacro-sous-pubien de 9 cm. 7.

Bassin n° 22. — Il donne l'aspect général d'un bassin large.

Les cavités articulaires néo-formées sont peu marquées et siègent à la partie moyenne et inférieure des fosses iliaques externes. Les os sont minces.

Le grand bassin présente des ailes iliaques très redressées, presque verticales. Le biépineux mesure cependant 22 centimètres et le bicrête 23, de telle manière la courbure de la crête iliaque est sensiblement redressée.

Le sacrum n'est pas sensiblement plus incurvé que normalement ; le promontoire restant haut au-dessus du plan de la ligne innominée.

Le détroit supérieur est spacieux et en cercle presque régulier, il répond aux dimensions suivantes :

Promonto pubien	13,3
Transverse médian	14,6
Oblique gauche	} 13,7
Oblique droit	

L'arcade pubienne est très évasée avec une hauteur de 4 cm. 5, au-dessus du plan biischiatique, ce diamètre mesurant lui-même 14 cm. 5.

Le détroit inférieur paraît élargi dans toutes ses dimensions, le sous-sacro-sous-pubien mesurant 13 centimètres.

Bassin n° 61. — Ce bassin offre des dimensions très réduites dans son ensemble.

Les néo-cavités articulaires sont peu marquées siégeant à la partie moyenne des fosses iliaques externes.

L'atrophie squelettique est marquée.

Le grand bassin présente un redressement léger des

ailles iliaques. Le biépineux mesure 20 centimètres, le bicrête 24 centimètres.

Le sacrum est surtout remarquable par sa brièveté, sa base n'étant pas sensiblement surbaissée. L'aire du détroit supérieur est celle d'un bassin généralement rétréci avec un très léger degré d'asymétrie. Les mensurations sont d'ailleurs les suivantes :

Promonto pubien.	9,8
Transverse médian.	11,6
Oblique gauche.	11,7
Oblique droit.	11

L'arcade pubienne est très évasée, sa hauteur au-dessus du plan biischiatique n'étant que de 3 cm. 5, et le diamètre biischiatique mesurant 13,5.

Le détroit inférieur participe à la réduction générale du bassin avec un sous-sacro-sous-pubien 10, 4.

Bassin n° 95. — Cette pièce anatomique est remarquable par la hauteur du grand bassin comparée aux dimensions excessivement réduites du petit.

Les deux articulations néo-formées situées aux régions inférieures et antérieures des fosses iliaques externes présentent des lésions d'arthrite sèche avec proliférations osseuses siégeant à la fois sur le néo-cotyle et sur les têtes fémorales qui sont conservées dans ce squelette.

L'atrophie osseuse moyenne au niveau du grand bassin, est considérable au niveau des ischions.

Le grand bassin présente des ailes iliaques très redressées, remarquables par leur verticalité : Le biiliaque mesure 21 centimètres, le bicrête 22 centimètres.

L'incurvation du sacrum est un peu exagérée ; sa base se rapproche sensiblement du plan de la ligne innommée.

Le détroit supérieur présente l'aire d'un bassin très aplati et asymétrique avec les dimensions suivantes :

Promonto pubien	7,4
Transverse médian	12,6
Oblique gauche	12,1
Oblique droit	10,9

L'arcade pubienne est évasée ; sa hauteur au-dessus du plan biischiatique étant de 3,4. Le biischiatique mesurant 12,3.

Les ischions frappent par leur étirement en dehors et en avant tel que le trou obturateur apparaît comme placé au fond d'une gouttière.

Le détroit inférieur est réduit dans le sens antéro-postérieur avec un sous-sacro-sous-pubien de 9,8.

Bassin n° 140. — Le bassin n° 140 est remarquable par une certaine irrégularité de sa forme, telle que le plan sagittal passant par la symphise pubienne va couper le promontoire à 1 cm. 5 de la ligne médiane.

Les néo-cavités articulaires siégeant à la partie moyenne et inférieure des fosses iliaques externes sont disposées de façon telle que le néo-cotyle gauche est mieux dessiné que le néo-cotyle droit.

Les fémurs sont conservés dans ce squelette et les têtes sont remarquables par leur atrophie.

Les os sont extrêmement minces, cette atrophie étant beaucoup plus marquée sur les ailes iliaques que sur les ischions.

Le grand bassin dont les ailes iliaques sont redressées ne présente presque aucun épaissement au niveau des épines iliaques, il offre un diamètre biiliaque de 21 centimètres et bicrète de 22 centimètres.

Le sacrum est très incurvé, légèrement dévié sur son axe, de façon que l'aileron droit étant un peu plus développé que le gauche, sa face antérieure regarde un peu à gauche.

L'aire du détroit supérieur se ressent des particularités signalées et présente de ce fait un développement irrégulier tel, que sa moitié gauche par rapport au plan sagittal est plus spacieuse que sa moitié droite. Les dimensions sont pour le :

Promonto pubien.	11,3
Diamètre médian.	13,3
L'oblique gauche.	12,3
L'oblique droit.	12,3

L'arcade pubienne est évasée considérablement avec une hauteur de 4 cm. 4 au-dessus du plan biischiatique. Le diamètre biischiatique mesure 14,5.

Le détroit inférieur, élargi dans le sens transversal, se ressent dans le sens antéro-postérieur de la projection en avant de la pointe du sacrum avec un sous-sacro pubien de 10,9.

Bassin n° 159. — Ce bassin est remarquable par son aspect large et par la saillie que forme le promontoire surplombant de façon sensible le plan du détroit supérieur.

Les néo-cavités articulaires sont situées à la partie tout

à fait antérieure et inférieure des fosses iliaques externes au contact des cavités déshabitées. Les os ne paraissent pas sensiblement atrophies.

Le grand bassin paraît très élargi, les ailes iliaques sont bien redressées, mais les fosses iliaques conservent une certaine concavité. Le biischiatique mesure 23 centimètres, le bierête 25 centimètres.

Le sacrum est très incurvé. Le détroit supérieur se ressent de la disposition du promontoire et présente un aspect cordiforme ; son aire étant d'autre part celle d'un bassin aplati avec les dimensions suivantes :

Promontoire pubien.	8,3
Transverse médian	14,5
Oblique gauche	13,1
Oblique droit	13,5

L'arcade pubienne est très évasée tout en conservant une certaine hauteur, puisqu'elle atteint 5,8 au-dessus du plan biischiatique, ce diamètre mesurant 14,8.

Le détroit inférieur très élargi dans le sens transversal est au contraire très réduit dans le sens antéro-postérieur, la pointe du coccyx répondant presque au centre de son aire, le sous-sacro-sous-pubien mesurant 9,5.

II. ÉTUDE COMPARÉE DES DIAMÈTRES DE CHAQUE BASSIN

Étudions donc successivement les valeurs que nous avons trouvées, par rapport aux chiffres normaux des différents diamètres du bassin.

Le diamètre promonto pubien sur un bassin normal

offre comme moyenne 11 centimètres (pour la clarté de la description, nous entendrons par diamètre promonto pubien le diamètre promonto sus-pubien qui mesure classiquement 11 centimètres dans un bassin normal).

Or, les chiffres trouvés nous donnent deux bassins plus grands avec 11,3 et 13,3. Trois bassins plus petits avec 9,8 — 7,4 et 8,3, un bassin presque normal à 11,1.

De ces chiffres, nous voyons donc que nous ne pouvons tirer aucune conclusion et que d'après les mensurations squelettiques, la diminution du diamètre antéro-postérieur n'est pas plus fréquente que la conservation même ou l'agrandissement de ce diamètre.

Pour le *transverse médian*, en nous basant sur le chiffre 12 comme moyenne normale, nous constatons que cette mensuration est dépassée par cinq bassins avec les chiffres assez forts de 12,6 — 13,3 — 13,3 — 14,6 — 14,5. Un seul bassin plus petit avec 11 cm. 6 et encore faut-il remarquer que l'écart avec le diamètre normal est faible.

L'étude squelettique nous conduit donc à admettre que dans le bassin à luxation bilatérale, le diamètre transverse du détroit supérieur tend à l'agrandissement et à un agrandissement considérable.

Si nous passons à l'examen *des diamètres obliques* et en mettant le gauche en premier, nous voyons que par rapport au chiffre considéré comme normal, nous avons quatre diamètres plus grands avec les chiffres 12,3 ; 12,3 — 13,7 ; 13,7 — 13,8 ; 12,9 — 13,1 ; 13,5, et deux diamètres plus petits avec 11,7 ; 11 — 12,1 ; 10,9.

De ces chiffres, plusieurs constatations s'imposent.

D'abord, il semble clairement que les diamètres obliques sont supérieurs à la normale. Quatre bassins sont

plus grands contre deux plus petits et surtout les chiffres des quatre premiers sont plus éloignés de la normale que les deux autres.

Ensuite, et ceci est intéressant, car Jean Delmas le signale dans son ouvrage contre l'opinion de Guégniot qui veut que ces bassins soient frappants par leur symétrie, nous constatons pour notre part que sur six bassins, quatre sont asymétriques dont trois en faveur de l'oblique gauche et un seul en faveur du droit. D'après Delmas, cette inégalité qui n'est point rare puisque même elle semble être une règle, tient à ce fait que les surfaces articulaires n'ont plus la même fixité anatomique que les cavités cotyloïdes d'un bassin normal.

Voici donc faite l'étude comparative des différentes mensurations du détroit supérieur. Si nous jetons un regard d'ensemble sur ce détroit, on peut admettre qu'il existe des variations considérables ; tantôt nous avons vu le promonto pubien diminué, tantôt augmenté. Le transverse est plus souvent nettement augmenté et les obliques sont d'une légère asymétrie.

Il apparaît donc, d'après l'étude de ces six bassins que nous arrivons aux mêmes conclusions que M. Delmas. Car, si à première vue, il semble que l'on ne puisse guère avec ces variations au-dessus et au-dessous de la moyenne, tirer un type anatomique, à regarder de plus près, il nous paraît que nos six bassins ont une tendance générale à l'agrandissement de tous ces diamètres et surtout du transverse et des obliques.

Mais l'étude du détroit supérieur doit être complétée par l'appréciation de la *courbure de l'arc antérieur*, courbure qui répond, on le sait, à une circonférence de 6 cen-

timètres de rayon, arc antérieur, dont la forme générale peut être normalement « assimilée à une circonférence dont la courbure moyenne est engendrée par un rayon de 6 centimètres. » (Fabre).

Nous trouvons que cet arc antérieur possède des rayons de 6,1 — 7,3 — 6 — 6,7 — 6,7 — 8,5, tous supérieurs à la normale. C'est donc que l'arc antérieur tend à se redresser, à présenter une courbure plus grande ; ce qui coïncide bien d'ailleurs avec la tendance, que nous avons constatée, à l'agrandissement parfois considérable du diamètre transverse.

Passons maintenant à l'étude du *détroit inférieur*. Nous nous attacherons surtout à l'examen des diamètres sous-sacro-sous-pubien, à celui du biischiatique et enfin à la hauteur de l'ogive pubienne au-dessus du plan passant par ce diamètre. Le sous-sacro-sous-pubien mesure normalement 12 centimètres (il est certain qu'il serait intéressant de noter et de comparer en même temps le diamètre sous-coccyx-sous-pubien, mais le coccyx n'ayant pas pu être conservé dans toutes les pièces en notre possession, nous nous sommes tenus à la seule mensuration du sous-sacro-sous-pubien.

Voici les chiffres des *sacro-sous-pubien* pour nos six bassins :

10,4 — 9,7 — 13 — 9,8 — 10,9 — 9,5.

En regard du biischiatique, la hauteur de l'ogive qui mesure normalement 8 centimètres, nous trouvons :

biischiatique	hauteur de l'arc
13	4,5
14,5	4,5
13,5	3,5
12,3	3,4
14,5	4,4
14,8	3,8

Le biischiatique est donc considérablement supérieur à la normale. L'agrandissement de ce diamètre déjà vu par les auteurs, signalé particulièrement par Delmas, n'est donc pas discuté.

D'ailleurs, le mécanisme en a été parfaitement décrit. Il s'agit de l'exagération du phénomène physiologique de la nutation et d'une traction exagérée des obturateurs et du carré crural distendu par l'ascension des trochanters sur le détroit inférieur qui tend à être élargi.

Ce sont les mêmes causes qui agissent sur l'ogive pubienne. Cet arc normalement surélevé de 8 centimètres au-dessus du plan biischiatique se trouve considérablement évasé et abaissé. Dans les six bassins étudiés, il est inférieur à la normale de plusieurs centimètres.

Voici donc l'étude anatomique des six bassins à luxation bilatérale que possède le Musée de la Clinique de Lyon, étude au cours de laquelle nous avons fait remarquer les caractéristiques des différents diamètres dans leurs rapports réciproques et avec la normale.

Nous terminerons ce chapitre par les conclusions sur l'étude du bassin squelettique à luxation bilatérale.

En résumé, les faits qui paraissent résulter de cette étude, sont essentiellement :

1° *L'atrophie générale*, la maigreur (pourrait-on dire) que présente le squelette ;

2° *La diminution du diamètre transverse* du grand bassin dont les ailes iliaques sont à peu près toujours redressées et aplaties ;

3° *La tendance générale du sacrum* à exagérer sa courbure et à projeter en avant la pointe du coccyx ;

4° *La variabilité de forme du détroit supérieur* dont la tendance générale est cependant l'augmentation des diamètres transverses dont l'aire est en général spacieuse, mais il faut signaler que contrairement à l'opinion de Guégniot, l'asymétrie au moins légère est fréquente ;

5° *L'évasement toujours considérable de l'ogive pubienne* répondant à une augmentation habituelle et souvent considérable du diamètre biischiatique avec diminution de la hauteur de l'arcade pubienne atteignant facilement la moitié du chiffre normal ;

6° Le *détroit inférieur* est habituellement élargi dans le sens transverse et rétréci au contraire dans le sens antéro-postérieur.

Ces conclusions, nous le voyons, répondent parfaitement à celles mises clairement en évidence par M. Jean Delmas, qui avait d'ailleurs trouvé dans les bassins de la Clinique obstétricale de Lyon une partie des éléments de son étude.

CHAPITRE II

BASSINS A LUXATION UNILATÉRALE

1. DESCRIPTION ANATOMIQUE DES BASSINS.

Les bassins à luxation coxo-fémorale uni-latérale du Musée de la Clinique obstétricale répondent aux n^{os} 67, 69 et 164.

Le n^o 67 est remarquable par l'atrophie qui frappe sa moitié droite située du côté de la lésion.

Le néo-cotyle est placé immédiatement au-dessus de la cavité normale. L'atrophie des os est frappante du côté droit telle que de l'épine iliaque postéro-supérieure à l'épine iliaque antéro-supérieure, nous avons à droite, au compas d'épaisseur, 15 cm. 2 contre 17,5 à gauche, que de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ischion droit, nous avons 16 centimètres contre 18 centimètres à gauche ; que de la ligne innominée à la crête iliaque, nous avons 8 centimètres à droite contre 10,2 à gauche.

Le grand bassin se ressent naturellement de cette déformation, l'aile iliaque droite étant atrophiée et tendant à la verticale, tandis que le gauche est puissant et évasé ; le biiliaque mesure 24 et le bicrote 25 centimètres.

Le sacrum est un peu plus incurvé que normalement, sa pointe est un peu déviée du côté luxé, sa base nettement abaissée est sensiblement située sur le plan de la ligne innominée. Il existe une atrophie mais très légère de sa moitié placée du côté de la lésion et sa face antérieure tend à regarder un peu du côté sain.

Le détroit supérieur présente une aire spacieuse avec un peu d'asymétrie ; la symphise pubienne étant rejetée du côté luxé, de façon que le plan sagittal passant à son niveau, coupe le promontoire presque au ras de son bord droit. Les dimensions sont les suivantes :

Promonto pubien.	9,4
Transverse médian	13,9
Oblique gauche	12,8
Oblique droit.	13,8

L'arcade pubienne conserve une certaine hauteur mesurant 6,2 au-dessus du plan biischiatique ; ce diamètre étant lui-même 11,5. L'atrophie signalée au niveau des ailes iliaques se retrouve au niveau des ischions, le droit étant nettement réduit par rapport à l'ischion gauche.

Le détroit inférieur est spacieux avec un sous-sacro-sous-pubien de 13 centimètres.

Le bassin n° 69 a un aspect général presque normal ; il est caractérisé par une atrophie légère du côté de la lésion.

La cavité cotyloïde néo-formée est presque au centre de la fosse iliaque externe.

L'atrophie porte uniquement sur l'os iliaque droit ; elle est légère, puisque du sommet de la crête iliaque droite à l'ischion du même côté, nous avons 19 centimètres contre 20 centimètres du côté gauche.

Le grand bassin est vaste. L'aile iliaque droite étant peu redressée. Le biiliaque mesure 25 centimètres, le bi-crête 26.

Le sacrum présente une certaine atrophie du côté droit telle que sa face antérieure tend à regarder du côté lésé.

L'aire du détroit supérieur présente une très légère asymétrie, les dimensions étant les suivantes :

Promonto pubien.	12
Transverse médian	13
Oblique gauche	12,5
Oblique droit	12,5

L'arcade pubienne conserve une certaine hauteur avec 5,7 au-dessus du plan biischiatique qui mesure lui-même 13 centimètres.

Le détroit inférieur est large dans toutes ses dimensions avec un sous-sacro-sous-pubien de 13 centimètres.

Le bassin n° 164 est remarquable à première vue par son asymétrie. La cavité néo-formée est très large, occupant presque toute la partie antérieure de la fosse iliaque externe avec une large coque osseuse de néo-formation. La disposition générale du bassin est telle que par rapport au plan sagittal passant par la symphise pubienne, on trouve dans la moitié gauche du bassin le promontoire et la face antérieure du sacrum à partir du bord interne des trous sacrés droits et la pointe du coccyx.

L'atrophie n'est pas très accusée du côté de la lésion.

Le sacrum est très incurvé en avant ; le promontoire est saillant, surbaissé, frappé d'un certain degré d'atrophie au niveau de son aileron droit. La face antérieure du sacrum regarde du côté sain comme si l'os était tordu

sur son axe. L'aire du détroit supérieur est très inégal, remarquable par le redressement de l'arc antérieur du côté sain, disposition qui, jointe à la saillie du sacrum du même côté, fait que la moitié droite de cette aire par rapport au plan symphisaire, est beaucoup plus spacieuse que la moitié gauche.

Les dimensions sont d'ailleurs les suivantes :

Promonto pubien.	9,3
Transverse médian.	14
Oblique gauche	12,2
Oblique droit	14,2

L'arcade pubienne conserve une certaine hauteur avec 6,7 au-dessus du plan biischiatique qui mesure 11 centimètres.

Le détroit inférieur offre une asymétrie qui répond à celle du détroit supérieur ; le sous-sacro-sous-pubien mesure 10,8.

II. ÉTUDE COMPARÉE DES DIAMÈTRES DE CHAQUE BASSIN

Étudions donc successivement les chiffres que nous avons trouvés.

Nous voyons que le *promonto pubien* présente dans un cas un chiffre supérieur à la normale avec 12 centimètres et dans deux cas plus petits avec 9,3 et 9,4. Le diamètre *transverse médian* est plus grand dans les trois bassins avec 13 — 13,9 et 14.

Mais l'intérêt des bassins à luxation latérale porte surtout sur les dimensions des *obliques* et des *diamètres sa-*

cro-cotyloïdiens en raison de l'asymétrie qui doit être *a priori* la caractéristique du détroit supérieur dans de tels bassins.

Nous obtenons les chiffres suivants, étant entendu que pour le sacro-cotyloïdien comme pour les obliques, le premier des deux chiffres se rapporte toujours aux obliques *gauches*.

obliques	sacro-cotyloïdien
12,8 ; 13,8	9,8 ; 10,8
12,5 ; 12,5	10 ; 9,4
12,2 ; 14,2	7,2 ; 10

L'asymétrie insignifiante sur l'un des trois bassins apparaît donc comme moyenne sur l'un des deux autres avec un centimètre d'écart entre les deux obliques, l'oblique court étant celui dont le nom répond au côté sain, à savoir le côté gauche. Il en est de même dans le troisième bassin qui présente une asymétrie plus considérable puisque l'écart entre les deux obliques est de 2 centimètres et de 2^{cm}. 8 entre les deux sacro-cotyloïdiens ; les réductions portant toujours sur les dimensions du côté gauche côté sain. Quant aux arcs antérieurs, il apparaît dans un cas avec un rayon agrandi de 7,5, dans l'autre de 6, mais du fait même de son redressement marqué du côté gauche, il est impossible de l'apprécier exactement dans le troisième cas.

Le *détroit inférieur*, comme précédemment, présente les valeurs suivantes pour le diamètre *sous-sacro-sous-pubien* : 13 — 13 — 10,8, valeurs moins faibles que pour les bassins biluxés.

Le biischiatique se présente agrandi avec 11,5 (hauteur

de l'arcade 6,2), 11 (hauteur de l'arcade 6,7), 13 (hauteur de l'arcade 5,7).

Conclusion : Les bassins à luxation bilatérale nous ont, tout au moins deux d'entre eux, frappés : 1° *Par l'atrophie du côté malade*. Cet élément atrophique paraissant, ainsi que le font remarquer MM. Perry et Ballard (Société d'obstétrique gynécologique de Bordeaux, 10 mai 1914) devoir bien être pris en très sérieuse considération dans l'étude de tels bassins ; 2° *l'action du membre du côté sain* qui, dans un des bassins d'une façon particulièrement évidente, redresse l'arc antérieur, la caractéristique du bassin à luxation simple étant l'*asymétrie* au niveau du détroit supérieur et inférieur sans que l'on note un surbaissement de l'arcade pubienne comparable à celui constaté dans la luxation double.

DEUXIÈME PARTIE

Étude des radiogrammes des détroits supérieurs des bassins à luxation congénitale double et simple appartenant à la collection de la clinique, recueillis de 1905 à 1919.

A la lecture des descriptions données par les auteurs du détroit supérieur dans les bassins à luxation congénitale et plus particulièrement dans les bassins à luxation congénitale double, nous avons été frappés par un certain nombre de divergences et en tous cas par ce fait qu'aucune déformation typique n'était signalée. Aussi sommes-nous heureux de pouvoir apporter les renseignements recueillis de l'étude des 29 radiogrammes dont 15 à luxation double que possède la Clinique obstétricale de Lyon, grâce à la radiographie métrique qu'il est de règle de pratiquer chez toutes les malades atteintes de déformations du bassin ou des membres inférieurs.

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE DES RADIOGRAMMES DES BASSINS A LUXATION CONGÉNITALE DOUBLE

Les 15 radiogrammes à luxation congénitale bilatérale répondent aux n^{os} 63 — 144 — 206 — 232 — 236 — 337 — 487 — 496 — 531 — 680 — 798 — 815 — 816 — 818 — 891 de la collection générale.

Si nous étudions en les comparant les diamètres promonto-pubien transverses, les obliques et les arcs antérieurs, nous arrivons aux conclusions suivantes :

Les *promonto-pubien* ont des valeurs au-dessus de la normale dans 12 cas, avec les chiffres suivants : 14,5 — 13,4 — 13,1 — 13 — 12,7 — 12,6 — 12,5 — 12,4 — 12,4 — 11,8 — 11,4 — 11 — et dans trois cas inférieurs avec les chiffres 10,7 — 10,5 — 9,4.

Ces chiffres nous permettent donc de conclure à une augmentation très fréquente des dimensions antéro-postérieures du détroit supérieur dans les bassins à luxations congénitales doubles. Le diamètre *transverse médian*, toujours par ordre de grandeur, en énumérant les diamètres au-dessus de 12 centimètres en premier, nous a donné successivement 15,4 — 14,6 — 14,4 — 13,9 — 13,5 —

13,3 — 13,1 — 13 — 12,8 — 12,7 — 12,6 — 12,1, en tout douze bassins supérieurs à la normale, avec une supériorité pour trois d'entre eux de plus de 2 centimètres et dans un cas de plus de 3 centimètres.

Trois bassins seulement sont inférieurs à la normale avec comme mensuration 11,9 — 11,8 — 11,6.

Ces constatations nous imposent cette conclusion, sans crainte d'exagération que les bassins à luxation double sont dans la grande majorité des cas très agrandis, conclusion qui s'accorde parfaitement, nous nous en souvenons, avec ce que nous avons constaté précédemment dans notre chapitre des mensurations sur le bassin sec.

Il en est de même pour les *diamètres obliques*. En inscrivant l'oblique gauche en premier, nous trouvons comme chiffres : 14,8 ; 13,4 — 14,4 ; 13,8 — 13,5 ; 13,3 — 13,5 ; 13,2 — 13,1 ; 12,8 — 13 ; 12,6 — 13 ; 13,3 — 12,9 ; 11,8 — 12,7 ; 14,4 — 12,7 ; 13,2 — 12,6 ; 12,6 — 12,6 ; 13,1 — 12,5 ; 12,1 — 12,3 ; 12,5 et 11 ; 10,7.

Nous constatons que 14 diamètres gauches et droits sont supérieurs à la normale, un seul bassin avec les chiffres 11 ; 10,7 est inférieur. Notons en passant que c'est le même bassin qui nous a donné un promontoire pubien de 9,4 et un transverse médian de 11,6 et qui nous donnera un arc antérieur de 4,7. Toutes ces mensurations très inférieures nous font penser à un bassin généralement rétréci du fait probablement d'une ébauche de rachisme qui ne serait peut-être pas restée étrangère à la provocation de la luxation et dont les effets auraient amené par la suite une atrophie générale du bassin comme le suggère Jean Delmas. Cette atrophie du système osseux localisée aux bassins explique peut-être ces conclusions

parfois contradictoires qui résultent de l'examen des mensurations des bassins à luxations coxo-fémorales.

Quoiqu'il en soit, pour les quinze cas qui nous occupent, cette majorité des quatorze bassins supérieurs à la normale sur quinze, confirment bien que les diamètres obliques sont considérablement agrandis.

Notons l'asymétrie comme nous l'avons fait précédemment avec les mêmes réserves, tout en signalant au passage que cette asymétrie est en faveur de l'oblique gauche dans nos mensurations.

Les *rayons de l'arc antérieur* n'offrent rien de bien particulier sinon qu'ils paraissent dans leur ensemble un peu inférieurs comme grandeur à ceux que nous avons pu observer sur les bassins squelettiques. Nous trouvons, en effet, comme valeurs : 4,6 — 4,7 — 5,4 — 5,5 — 5,5 — 5,7 — 5,8 — 6 — 6 — 6 — 6 — 6 — 7 — 7,5 — 9 au total sept bassins inférieurs à la normale, cinq de même rayon et trois supérieurs.

CHAPITRE II

ÉTUDE DES RADIOGRAMMES DES BASSINS A LUXATION CONGÉNITALE UNILATÉRALE

Le Musée de la Clinique possède six radiogrammes de luxation coxo-fémorale gauche et huit à luxation coxo-fémorale droite, ils répondent aux numéros pour les gauches : 64 — 324 — 431 — 647 — 786 — 831 pour les droits 343 — 439 — 475 — 497 — 505 — 649 — 651 — 806.

Le *promonto pubien* pour la luxation *gauche*, nous donne les grandeurs suivantes. Au-dessus du diamètre normal : 14,7 — 13,5 — 12,6 — 12,6 ; au-dessous : 8,5 et un égal avec 11. Donc quatre bassins à promonto-pubien plus grand contre un plus petit.

Pour les bassins à luxation *droite*, nous avons sept bassins plus grands que la normale avec 14,2 — 14 — 13,4 — 13,1 — 13 — 12,8 — 12, un cas inférieur avec 10,1.

Donc, nous avons un agrandissement dans l'ensemble du promonto-pubien avec peut-être une proportion moins forte que pour les bassins biluxés.

Les diamètres *transverses médian* nous offrent les mê-

mes constatations pour les luxations gauches les six bassins sont supérieurs à la normale avec 14,3 — 14 — 13,5 — 12,6 — 12,3 — 12,1.

Pour les luxations droites, la proportion est un peu moins forte, six bassins sont supérieurs à la normale avec 14 — 13,8 — 13,4 — 11,7 — 12,5 — 12,4. Un seul inférieur avec 11 et un égal avec 12.

Pour les *diamètres obliques*, nous séparerons les diamètres obliques gauches des droits, contrairement à ce que nous avons fait pour les bassins biluxés. C'est que l'asymétrie offre plus d'intérêt que dans les cas précédents et mérite d'être mise en valeur.

Luxation gauche.

Diamètre gauche		Diamètre droit	
plus grand	plus petit	plus grand	plus petit
13,8		14	
	11,9		11,6
14		12	
13,4		12,4	
12			11,8
13,7		13,7	

Luxation droite.

Diamètre gauche		Diamètre droit	
plus grand	plus petit	plus grand	plus petit
12,7		12,9	
13,4		12,6	
12,9		12,7	
	11,5		10,8
13,2		13,2	
13,4		12,2	
12,5		12,4	
	11	12,7	

De l'étude de ces diamètres obliques, il ne semble pas que l'on puisse conclure à une asymétrie très prononcée, sauf dans trois cas où nous avons pour une luxation gauche un oblique droit réduit de 1 centimètre (12,4 contre 13,4) et dans un autre, toujours pour une luxation gauche, nous avons, fait anormal, un oblique gauche réduit de 2 centimètres (12 contre 14) et dans un troisième où pour une luxation droite, nous avons, fait encore anormal, un oblique droit réduit de 1 cm. 2 (12,2 contre 13,4).

Sur les 14 bassins uni-luxés, il nous apparaît donc que cette asymétrie ne s'impose pas au même titre que l'élargissement du transverse médian ou du diamètre biischiatique pour le détroit inférieur.

Quant *aux arcs antérieurs*, ils sont généralement supérieurs à la normale puisque nous avons neuf rayons supérieurs au chiffre 6 considéré comme le rayon des arcs des bassins normaux avec les valeurs suivantes : 6 — 10,3 — 6,4 — 6,4 — 6 — 6 — 7 — 6,2 — 8.

Et cinq inférieurs avec 5,5 — 5,8 — 5,8 — 5,8 — 5,8.

C'est une constatation identique à celle que nous avons pu observer dans notre étude sur les bassins biluxés. Une fois de plus, il semble donc ressortir que l'arc antérieur tend à se redresser légèrement.

En résumé, dans les bassins à luxation congénitale double, l'étude de 15 radiogrammes montre les dimensions du détroit supérieur comme augmentées d'une façon générale ; cette augmentation remarquable déjà dans le sens antéro-postérieur étant presque constante, est plus accusée encore dans le sens transversal.

Pour les bassins à luxation uni-latérale, l'asymétrie ne

paraît pas, d'après l'étude de 14 radiogrammes, être en général très accusée, ce qui est d'ailleurs conforme à l'opinion des auteurs. Nous retiendrons cependant que dans deux cas sur trois, les obliques présentaient une différence notable, l'oblique court se trouvant répondre au côté de la lésion.

TROISIÈME PARTIE

ÉTUDE CLINIQUE DES ACCOUCHEMENTS

Nous avons pu recueillir 27 observations cliniques se rapportant toutes à des malades dont nous venons d'étudier les radiogrammes ; 14 de ces observations se rapportent à des luxations bilatérales, 13 à des uni-latérales, dont six gauches et sept droites. Ces observations ont été recueillies depuis le 1^{er} janvier 1905, sur un total de 16.680. accouchements. La fréquence des accouchements dans les cas de luxation congénitale paraît donc plutôt faible, puisque nous arrivons au pourcentage de 0,016 pour les luxations congénitales en général ; à 0,0083 pour les luxations bilatérales, à 0,0077 pour les luxations uni-latérales et à 0,00032 pour les luxations gauches et à 0,00043 pour les luxations droites.

Nous allons résumer ces observations en mettant en tête de chacune d'elles les dimensions diamétrales du radiogramme correspondant et en nous attachant à signaler en suite les points suivants susceptibles de permettre l'appréciation de la marche de l'accouchement dans tel bassin ; nous voulons dire : le poids de l'enfant, la présentation, la durée de l'accouchement, en séparant les deux périodes : dilatation et expulsion, la terminaison sponta-

née ou par intervention et enfin les particularités qui ont pu se produire dans le mode de dégagement ou dans un retentissement sur l'intégrité du périnée, puisque la plupart des auteurs insistent sur la possibilité de dégagement en oblique ou en transverse et la fréquence des déchirures périnéales par surdistention précoce du périnée.

Nous attirerons à ce propos l'attention sur le signe clinique, grâce auquel il est facile de reconnaître la luxation congénitale de la hanche sur une malade couchée, signe clinique mis en évidence par *M. Trillat* sur la mise des jambes en équerre (*Lyon Chirurgical*, 10 juillet 1910).

1. OBSERVATIONS DES ACCOUCHEMENTS DANS LES BASSINS A LUXATION BI-LATÉRALE

OBSERVATION I

C..., J., accouchée le 25 janvier 1909.
Primipare. Poids de l'enfant, 3 kg. 160.
Radiogramme n° 144.
P. P. 14,2. T. Med. 13,9.
O. D. 12,1. O. G. 12,5. R. A. A. 7,5.
Présentation en O. I. D. P.
Dilatation 19 h. 15. Expulsion 45 minutes.
Dégagement spontané, normal, sans déchirure du périnée.

OBSERVATION II

C..., accouchée le 17 juillet 1910.
Primipare. Poids de l'enfant, 2 kg. 070.
Accouchement à sept mois.
Radiogramme n° 232.
P. P. 13. T. Med. 13,1. O. D. 13,2. O. G. 12,7. R. A. A. 5,7.
Présentation en O. I. G. A.

Dilatation, 7 heures. Expulsion, 50 minutes.
Dégagement spontané normal.

OBSERVATION III

D..., J., accouchée le 29 janvier 1912.
Primipare. Poids de l'enfant 3 kg. 380.
Radiogramme n° 236.
P. P. 14,5. T. M. 11,8. O. D. 13,3. O. G. 13,5. R. A. A. 6.
Présentation en O. I. D. P.
Dilatation 36 heures.
Expulsion 15 minutes.
Dégagement spontané sans déchirure périnéale.

OBSERVATION IV

D..., M., accouchée le 19 janvier 1912.
Primipare. Poids de l'enfant 3 kg. 380.
Radiogramme n° 337.
P. P. 12,4. T. M. 12,8. O. D. 12,8. O. G. 13,1. R. A. A. 6.
Présentation O. I. G. A.
Dilatation 53 heures.
Expulsion 3 h. 30.
Dégagement au forceps, au bas de l'excavation.

OBSERVATION V

G..., C., accouchée le 15 mai 1913.
Troisième grossesse, les deux précédentes difficiles, en août 1906 et en 1910. Poids de l'enfant 3 kilogrammes.
Radiogramme n° 487.
P. P. 13,4. T. M. 13,5. O. D. 13,2. O. G. 13,5. R. A. A. 5,5.
Présentation O. I. D. P.
Dilatation 12 heures.
Expulsion 5 minutes.
Dégagement normal, sans déchirure du périnée.

OBSERVATION VI

C..., accouchée le 21 mai 1913.

Primipare. Poids de l'enfant 2 kg. 880.

Radiogramme n° 496.

P. P. 11. T. M. 13,3. O. D. 12,5. O. G. 12,3. R. A. A. 5,5.

Présentation O. I. D. T.

Dilatation 41 heures.

Expulsion 1 heure.

Dégagement en transverse, spontané, sans déchirure du périnée.

OBSERVATION VII

O..., B., accouchée novembre 1913.

Deux accouchements antérieurs, le premier en O. I. D. P., le deuxième avec enfant mort-né.

Poids de l'enfant, 3 kg. 550.

Radiogramme n° 531.

P. P. 12,4. T. M. 12,6. O. D. 13,1. O. G. 12,6. R. A. A. 6.

Présentation O. I. G. A.

Dilatation 6 h. 25.

Expulsion, 45 minutes.

Dégagements normal sans déchirure.

OBSERVATION VIII

D..., accouchée le 20 février 1915.

Primipare. Poids de l'enfant 3 kg. 590.

Radiogramme n° 680.

P. P. 9,4. T. M. 11,6. O. D. 10,7. O. G. 11. R. A. A. 4,7.

Présentation O. I. G. A.

Dilatation 14 heures.

Expulsion 50 minutes.

Dégagement normal.

OBSERVATION IX

S..., accouchée le 17 novembre 1917.

Primipare. Poids de l'enfant 3 kg. 360.

Radiogramme n° 798.

P. P. 12,6. T. M. 13. O. D. 12,6. O. G. 13. R. A. A. 5,4.

Présentation O. I. D. P.

Dilatation 10 heures.

Expulsion 15 minutes.

Dégagement spontané sans déchurure.

OBSERVATION X

T..., accouchée 9 avril 1918.

Primipare (à 42 ans). Poids de l'enfant, 3 kilogrammes.

Radiogramme n° 815.

P. P. 11,4. T. M. 12,7. O. D. 11,8. O. G. 12,9. R. A. A. 6.

Présentation O. I. D. A.

Dilatation 22 h. 45

Expulsion 15 minutes.

Dégagement normal.

OBSERVATION XI

C..., accouchée le 21 février 1918.

Deux accouchements antérieurs, en 1909 et 1913, normaux.

Poids de l'enfant 2 kg. 480.

Radiogramme n° 816.

P. P. 11,8. T. M. 15,4. O. D. 13,4. O. G. 14,8. R. A. A. 9.

Présentation O. I. G. A.

Dilatation 28 heures.

Expulsion quelques minutes.

Dégagement normal.

OBSERVATION XII

R..., accouchée le 31 mars 1918.

Primipare. Accouchement prématuré à six mois et demi, enfant mort-née.

Radiogramme n° 818.

P. P. 10,7. T. M. 14,6. O. D. 14,4. O. G. 12,7. R. A. A. 7.

Présentation S. I. D.
Dilatation 15 h. 30.
Expulsion 30 minutes.
Dégagement spontané.

OBSERVATION XIII

B..., accouchée 13 janvier 1907.
Primipare. Poids de l'enfant 3 kg. 070.
Radiogramme n° 63.
P. P. 12,7. T. M. 12,1. O. D. 13,8. O. G. 14,4. R. A. A. 6.
Présentation O. I. G. A.
Dilatation 5 h. 10.
Expulsion 5 minutes.
Dégagement spontané avec éraillure à la commissure postérieure de la vulve.

OBSERVATION XIV

M..., accouchée le 14 février 1910.
Primipare. Poids de l'enfant 2 kg. 520.
Radiogramme n° 206.
P. P. 13,1. T. M. 11,9. O. D. 12,6. O. G. 12,6. R. A. A. 4,6.
Présentation O. I. G. A.
Dilatation 11 h. 40.
Expulsion 30 minutes.
Dégagement spontané et normal.

Conclusions cliniques.

À propos de ces 14 observations, nous pouvons faire les remarques suivantes : A part deux prématurées de poids inférieurs à 2 kg. 500, il s'agissait d'enfants normaux pesant quatre entre 2 kg. 500 et 3 kilogrammes ; six entre 3 kilogrammes et 3 kg. 500 et deux entre

3 kg. 500 et 4 kilogrammes. Les présentations furent sensiblement normales, ne permettant aucune conclusion particulière, puisqu'il s'agit dans sept cas d'une O. I. G. A., dans quatre d'une O. I. D. P.; dans un cas, d'une O. I. D. A. et une seule fois d'une transverse. Il s'agissait d'une malade dont le bassin affectait nettement le type aplati avec un promonto-pubien de 11 centimètres et d'un transverse médian de 13,3. Il y eut bien une présentation du siège, mais il s'agissait d'une prématurée.

Chez onze *primipares*, la dilatation dura dans quatre cas moins de 12 heures ; dans trois, moins de 20 heures ; dans quatre plus de 20 heures (un cas en moins de 25 et un cas en moins et deux en plus de 40 heures).

Dans six cas, l'expulsion se fit dans une demi-heure ou moins ; dans quatre cas, une demi-heure et une heure ; dans un cas en 3 heures 30.

Chez trois *multipares* eurent lieu deux dilatations en moins de 12 heures et une en huit heures ; les deux expulsions en cinq minutes et une en 45 minutes.

Dans un seul cas, chez une malade dont la dilatation et l'expulsion sont particulièrement lentes, il y eut une application de forceps.

Une seule fois le dégagement se fit en transverse. Il n'y eut jamais à signaler de déchirure du périnée grave.

En résumé, pour des enfants de poids normaux dans l'ensemble, les accouchements semblent avoir une tendance à se faire vite ; la rapidité semblant porter surtout sur la période d'expulsion. Chez les primipares, la dilatation est d'une durée moyenne de 18 heures, moyenne élevée évidemment, mais que deux observations sur onze contribuent à augmenter considérablement avec des du-

rées de 38 et de 53 heures. La durée moyenne de l'expulsion atteint au contraire le chiffre faible de 45 minutes, ce chiffre étant encore augmenté par le fait d'un seul accouchement où l'expulsion dura 3 heures 30. Chez trois multipares, la moyenne de la dilatation est de 15 heures et l'expulsion de 58 minutes.

D'une façon générale, la luxation congénitale bilatérale ne nous paraît pas imposer de manœuvres instrumentales, et nos observations ne confirment pas la notion d'une plus grande fréquence en pareil cas de déchirure du périnée.

II. OBSERVATIONS DES ACCOUCHEMENTS DANS LES BASSINS A LUXATION UNILATÉRALE

I. *Luxation gauche.*

OBSERVATION I

L..., accouchée 12 juillet 1907.

Primipare. Poids de l'enfant, 2 kg. 900.

Radiogramme n° 64.

P. P. 14,7. T. M. 13,5. O. D. 14,2. O. G. 13,8. R. A. A. 6.

Présentation O. I. G. A.

Dilatation 15 heures.

Expulsion 20 minutes.

Dégagement sans accident.

OBSERVATION II

G..., accouchée 16 février 1913.

Primipare. Poids de l'enfant 3 kg. 200.

Radiogramme n° 324.

P. P. 8,5. T. M. 12,1. O. D. 11,6. O. G. 11,9. R. A. A. 10,3.

Présentation O. I. G. A.

Dilatation 8 h. 30.
Expulsion 45 minutes.
Dégagement normal.

OBSERVATION III

B..., accouchée le 7 décembre 1912.
Primipare. Poids de l'enfant 2 kg. 825.
Radiogramme n° 431.
P. P. 12,6. T. M. 14,3. O. D. 14. O. G. 12. R. A. A. 6,4.
Présentation O. I. G. A.
Dilatation 14 heures.
Expulsion 45 minutes.
Dégagement avec petite déchirure du périnée.

OBSERVATION IV

C..., accouchée 5 juillet 1914.
Primipare. Poids de l'enfant 3 kg. 020.
Radiogramme n° 647.
P. P. 12,2. T. M. 12,3. O. D. 12,4. O. G. 13,4. R. A. A. 6,4.
Présentation O. I. D. A.
Dilatation 14 heures.
Expulsion 45 minutes.
Dégagement normal.

OBSERVATION V

B..., accouchée juin 1917.
Primipare. Poids de l'enfant 3 kilogrammes.
Radiogramme n° 786.
P. P. 11. T. M. 12,6. O. D. 11,8. O. G. 12. R. A. A. 5,5.
Présentation O. I. G. A.
Dilatation 5 heures.
Expulsion 1 heure.
Dégagement normal.

OBSERVATION VI

H..., accouchée en juillet 1918.
Primipare. Poids de l'enfant 3 kg. 120.
Radiogramme n° 831.
P. P. 13,5. T. M. 14. O. D. 13,7. O. G. 13,7. R. A. A. 6.
Présentation O. I. G. P.
Dilatation 22 h. 30.
Expulsion 30 minutes.
Dégagement sans accident.

II. *Luxation droite.*

OBSERVATION I

S..., J., accouchée janvier 1912.
Fausse couche 1909.
Poids de l'enfant 3 kg. 380.
Radiogramme n° 343.
P. P. 13,1. T. M. 12,5. O. D. 12,9. O. G. 12,7. R. A. A. 6.
Présentation O. I. D. P.
Dilatation 13 heures.
Expulsion 2 h. 30.
Dégagements pontané sans déchirure.

OBSERVATION II

B..., accouchée décembre 1912.
Primipare. Poids de l'enfant 3 kg. 250.
Radiogramme n° 439.
P. P. 13. T. M. 12,7. O. D. 12,6. O. G. 13,4. R. A. A. 5,8.
Présentation O. I. D. P.
Dilatation 13 heures.
Expulsion 30 minutes.
Dégagement sans accident.

OBSERVATION III

M..., accouchée mars 1913.
Primipare.

Radiogramme n° 475.

P. P. 12,8. T. M. 12,6. O. D. 12,7. O. G. 12,9. R. A. A. 7.

Présentation O. I. G. A.

Dilatation 11 heures.

Expulsion 20 minutes.

Dégagement avec légère déchirure musculo-cutanée.

OBSERVATION IV

B..., accouchée mai 1911.

Deux accouchements antérieurs, 1907, 1910, normaux.

Radiogramme n° 505.

P. P. 10,1. T. M. 11,8. O. D. 10,8. O. G. 11,5. R. A. A. 6,2.

Présentation O. I. D. A.

Dilatation 4 h. 10.

Expulsion 15 minutes.

Dégagement normal.

OBSERVATION V

L..., accouchée juillet 1914.

Primipare. Poids de l'enfant 3 kg. 170.

Radiogramme n° 649.

P. P. 12. T. M. 13,8. O. D. 12,2. O. G. 13,4. R. A. A. 5,8.

Présentation O. I. G. A.

Dilatation 8 h. 30.

Expulsion 30 minutes.

Dégagement en O. P. sans déchirure.

OBSERVATION VI

V..., accouchée avril 1914.

Primipare. Poids de l'enfant 3 kg. 300.

Radiogramme n° 651.

P. P. 12,6. T. M. 12,4. O. D. 12,4. O. G. 12,5. R. A. A. 5,8.

Présentation O. I. G. A.

Dilatation 9 h. 30.

Expulsion 50 minutes.

Dégagement normal.

OBSERVATION VII

S., accouchée mai 1913.

Trois accouchements antérieurs, le premier, 1901, normal, le deuxième fausse couche à cinq mois, le troisième à sept mois, enfant mort.

Poids de l'enfant 2 kg. 840, mort peu après avec lésions spécifiques.

Radiogramme n° 497.

P. P. 12,8. T. M. 12. O. D. 12,7. O. G. 12,9. R. A. A. 7.

Présentation O. I. G. A.

Dilatation 5 heures.

Expulsion 1 heure.

Dégagement normal, sans déchirure du périnée.

En résumé, avec des enfants de poids normaux, puisque nous avons eu quatre enfants entre 2 kg. 500 et 3 kilogrammes, et neuf entre 3 kilogrammes et 3 kg. 500, les présentations n'offrent rien de particulier avec pour les luxations gauches, quatre en O. I. G. A. Une en O. I. D. A. et, il est vrai, une en O. I. G. P. et pour les luxations droites, quatre en O. I. G. A., deux en O. I. D. P. et une en O. I. D. A. Chez onze primipares, dix dilatations se firent en 15 heures et en moins de 15 heures. Une seule en 28 heures 30. Il y eut six expulsions en une demi-heure ou moins d'une demi-heure et quatre en une demi-heure et une heure. Une en 2 heures 40.

Chez les multipares, même constatation : nous avons deux dilatations en 5 heures ou moins de 5 heures, les deux expulsions s'étant faites l'une en 15 minutes, l'autre en une heure.

Aucune intervention ne fut nécessaire. Il faut signaler comme mécanisme particulier une rotation tardive sur le

plancher périnéal, un dégagement en O. S. et il y eut enfin une déchirure du périnée de moyenne gravité.

Comme pour les luxations bilatérales, le fait clinique dominant paraît être la rapidité de l'expulsion : chez les principares, la durée moyenne fut de 12 heures 15, de 4 heures 35 chez les multipares ; la moyenne de l'expulsion étant de 48 minutes chez les primipares et de 37 chez les multipares.

Pour conclure, aussi bien dans les luxations uni-latérales que bilatérales, 27 observations nous permettent d'admettre que conformément à l'opinion des auteurs, l'accouchement spontané est la règle dans les luxations congénitales. L'engagement sauf dans deux cas (dont l'un doit être négligé puisqu'il s'agissait d'un siège chez une prématurée), s'est toujours fait en oblique, qu'il s'agisse de luxation bilatérale ou uni-latérale.

Pour les uni-latérales en particulier, six luxations gauches nous présentent quatre engagements suivant l'oblique gauche et deux suivant l'oblique droit. Tandis que sur sept luxations droites, nous avons quatre engagements suivant l'oblique gauche, contre trois suivant l'oblique droit ; chiffre ne permettant pas de supposer, on le voit, qu'à telle luxation uni-latérale droite ou gauche correspond tel diamètre d'engagement homonyme ou hétéronyme.

Rien ne paraît devoir être retenu sur la marche de la descente, la durée de la période de la dilatation ne diffèrent pas sensiblement de la durée normale et paraissant même, au moins dans certaines observations, être plutôt un peu rapide.

Cette rapidité dans le mécanisme de l'accouchement

dans la luxation congénitale apparaît en revanche très nettement dans le troisième temps ; la période d'expulsion qui correspond au dégagement étant d'une façon presque constante, d'une brièveté remarquable.

Signalons à ce propos que contrairement à l'opinion des auteurs, les *dégagements* en obliques ou en transverses ne nous paraissent pas devoir être considérées comme fréquents puisque nous n'avons constaté qu'une seule fois un dégagement en transverse et jamais en oblique.

De même, les *déchirures* du périnée ne nous paraissent pas être aussi à redouter qu'il est d'usage de le dire, puisqu'une seule déchirure de moyenne gravité fut signalée.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

I. — La Clinique obstétricale de Lyon possède dans son Musée neuf bassins secs à luxation congénitale dont six à luxation bilatérale et trois à luxation uni-latérale droite.

II. — Depuis 1905, M. le professeur Fabre a examiné vingt-sept cas de luxation congénitale dont l'observation clinique a été retrouvée. Il existe, en outre, deux radiogrammes obtenus chez des femmes qui n'ont pas accouché à la Clinique.

C'est ainsi que sur un total de 16.680 observations, nous avons pu recueillir à la Clinique obstétricale quatorze observations de luxation congénitale double et treize observations de luxation uni-latérales, dont six à gauche et sept à droite.

III. — L'étude des bassins secs à luxation congénitale bilatérale conduit à admettre comme lésions caractéristiques : une atrophie générale des os du bassin ; une exagération fréquente de la courbure sacrée ; une certaine variabilité de forme du détroit supérieur dont l'aire est en général spacieuse et dont les diamètres tendent, surtout

en ce qui concerne le diamètre transverse, à l'agrandissement ; un abaissement considérable de l'arcade pubienne avec agrandissement du diamètre biischiatique.

Pour les bassins à luxation uni-latérale, l'asymétrie est le caractère dominant, l'atrophie du côté malade constitue d'autre part un facteur important de déformation.

IV. — De l'*examen* des bassins secs, des radiogrammes et des observations, il résulte que :

1° Pour les *luxations bilatérales* dans le plus grand nombre des cas, le détroit supérieur présente des dimensions plus grandes que dans le bassin normal ; les deux obliques pouvant servir de diamètre d'engagement avec prédominance en faveur de l'oblique gauche.

Dans deux cas, le bassin est aplati avec diamètre d'engagement en transverse et en un cas, le bassin est généralement rétréci avec diamètre d'engagement en oblique fléchi.

2° Pour les *luxations uni-latérales*, il existe une asymétrie légère le plus souvent et telle que les diamètres d'engagement répondent tantôt à l'oblique droit, tantôt à l'oblique gauche avec prédominance en faveur de l'oblique gauche. D'après nos observations, il ne semble pas que l'on puisse établir un rapport précis entre le choix plus fréquent comme diamètre d'engagement d'un des obliques et le côté de la luxation.

V. — La *dystocie* peut être considérée comme nulle ; sur vingt-sept observations, on signale une seule application de forceps au détroit inférieur, une seule déchirure

du périnée, un seul enfant mort-né à sept mois probablement de spécificité.

VI. — Le *mécanisme* de l'accouchement reste normal l'engagement se faisant en oblique, la descente ne présentant rien de particulier et le dégagement étant remarquablement rapide.

Vu :	Vu :
LE DOYEN,	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
L. HUGOUNENQ	J. FABRE

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 15 juin 1919.
POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION,
LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
C. DEPÉRET.

BIBLIOGRAPHIE

ANGOT, *Contribution à l'étude des luxations congénitales* (thèse, 1883).

BOECKEL, *Archives de physiologie*, 1870.

BRAUN, Schrieger Verschiebung des Beckens in Folge Veralteter Luxation (*Wiener klin. Woch.*, 1888, n° 27 ; *Centralblatt f. Gyn.*, 1889, n° 12).

DELLESTABLE, *Des luxations du fémur au point de vue des accouchements* (thèse, 1877).

GUÉNIOT, Thèse d'agrégation, 1869.

KUSTNER, Ein Luxations-Beckers mit Huftkreuzbei nankylose auf der Krankenseite (*Aach. f. Gyn.*, 1875).

PRAVAZ, *Luxation congénitale des femmes*, Lyon, 1847.

Société de Chirurgie, Discussion sur les luxations congénitales du fémur, 1865.

VERNEUIL, *Etiologie des luxations de la hanche*, 1866.

BUDIN, *A propos du bassin iliofémoral*.

— Diagnostic de la luxation de la hanche (*Obstetrical*, Bd I, s. 1).

SÉDILLOT, *Contribution à la chirurgie*, 1868.

NEUGEBAUER,, F. REFUAT über H. TREUB, le Bassin dans la luxation coxo-fémorale (*Centralblatt f. Gyn.*, XXI, Jahrg 1897).

TREUB, *le Bassin dans la luxation coxo-fémorale*, 1897.

BAYER, *Das becken und seine Anomalien*, Strasbourg, I. E., 1903, t. II, p. 208).

VALLOIS et Paul DELMAS, Observations de deux femmes atteintes de luxation congénitale double de la hanche (*Réunion Obstétricale de Montpellier*, 21 avril 1909).

Jean DELMAS, Recherches et conclusions nouvelles sur l'anatomie obstétricale du bassin (*Obstétrique*, n° 8, août 1911).

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	7
INTRODUCTION.	9
PREMIERE PARTIE. — ETUDE DES BASSINS SECS A LUXATION	
CONGÉNITALE DOUBLE ET SIMPLE	11
CHAPITRE PREMIER. — Bassins à luxation bilatérale	12
CHAPITRE II. — Bassins à luxation unilatérale	24
DEUXIEME PARTIE. — ETUDE DES RADIOGRAMMES DES DÉ-	
TROITS SUPÉRIEURS DES BASSINS A LUXATION CONGÉ-	
NITALE DOUBLE ET SIMPLE	31
CHAPITRE PREMIER. — Etude des radiogrammes des	
bassins à luxation congénitale double	32
CHAPITRE II. — Etude des radiogrammes des bassins	
à luxation congénitale unilatérale	35
TROISIEME PARTIE. — ETUDE CLINIQUE DES ACCOUCHEMENTS	39
CONCLUSIONS	53
BIBLIOGRAPHIE	57

